

Evidens – et sentralt begrep i profesjonell sykepleie?

Liv-Helen Odland

Liv-Helen Odland, høgskolelektor, Sykepleie og helsefag, Profesjonshøgskolen, Høgskolen i Bodø, bachelorutdanningen i sykepleie

Sammendrag

Artikkelen representerer en refleksjon over at NOKUT i forbindelse med revidering av akkreditering av studietilbudet "Bachelorgradsstudium i sykepleie" ved Høgskolen i Bodø, hevder at fremtidige sykepleiere må kunne bidra til evidensbasert sykepleie. Det gjøres uten at det defineres nærmere hva de legger i dette, og hvilke metoder for å fremskaffe evidens de legger til grunn.. Artikkelen løfter fram at dette synes problematisk så lenge evidensbasert sykepleie synes å være avledet av evidensbasert medisin, med de samme metoder og kriterier som ligger til grunn for denne. Evidensbasert medisin representerer en snever bruk av evidensbegrepet knyttet til naturvitenskapelig tenkning, og metoder som i stor grad ikke er hensiktsmessig for å belyse sykepleiefaglige problemstillinger. Eksempler kan være pasienters opplevelse av sykdom, om lidelse og livsmot. Det finnes andre metoder å fremskaffe evidens på enn randomiserte forsøk og hypotetisk-deduktiv metode.

Debattartikkel.

Nøkkelord

evidens, evidensbasert sykepleie, evidensbasert medisin, kunnskapshierarki, instrumentalistisk mistak, omveiene til evidens.

Introduksjon

Revidering av akkreditering av studietilbudet "Bachelorgradsstudium i sykepleie" ved Høgskolen i Bodø, ble foretatt av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) i 2005. NOKUTs vurdering om at fremtidige sykepleiere må kunne bidra til evidensbasert sykepleie, uten at de definerer nærmere hva de legger i dette, og hvilke metoder for å fremskaffe

evidens de legger til grunn, har inspirert meg til å skrive dette essayet.

NOKUT

NOKUT er nasjonalt kvalitetssikringsorgan for høyere utdanning og fagskoleutdanning. Det innebærer at de fører tilsyn med utdanningsvirksomheten ved alle norske institusjoner som gir utdanning på dette

nivået. NOKUTs tilsyn er en kontroll med institusjonenes interne kvalitetssikring av utdanningsvirksomheten og med at deres utdanningstilbud tilfredsstiller nasjonale kvalitetsstandarder. NOKUT er imidlertid ikke bare et kontrollorgan. De fleste tilsynsaktivitetene er utformet slik at de også skal stimulere til videreutvikling av kvaliteten i utdanningene.

NOKUTs Revidering og akkreditering av Bachelorgradsstudium i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

I NOKUT sin rapport om *”revidering og akkreditering av bachelorgradsstudium i sykepleie”* ved Høgskolen i Bodø skriver de følgende i sin vurdering av ”studie-tilbudet i relasjon til standarder og kriterier”:

- ”Den fremtidige sykepleieren må være en aktiv og kritisk bruker av forskningsresultater og må kunne medvirke til at pasientene får en evidensbasert pleie”.
- ”Utdanningen skal styrke det selvstendige ansvaret som bl.a. innebærer å vite hvilken kunnskap som er basert på sykepleieforskning (evidensbasert) og hva som eventuelt ikke har forskningsbakgrunn, men som er basert på etterprøvd erfaring”(NOKUTs rapport 2005;14).

Ut over dette brukes ikke evidensbegrepet i rapporten. NOKUT sier heller ingenting om hva de her legger i begrepet og hvilke evidenskriterier de mener bør legges til grunn i denne sammenheng.

Evidens

Evidensbasert sykepleie (EBS), i likhet med evidensbasert medisin (EBM), forbindes oftest i utgangspunktet med praksis basert på naturvitenskapelig forskning og hypotetisk deduktiv metode: *”Evidensbasert medisin (EBM) har det klinisk kontrollerte forsøk eller statistiske begreper som empirisk grunnlag for sitt kunnskapssystem”* (Martinsen 2005;52). ”Evidens” er imidlertid ikke alltid evident. Også andre former for evidens enn den medisinske kan arbeides frem, til tross for at det er denne som har en maktfull posisjon i det medisinske rom (Martinsen 2009;126)

Sykepleier og dr. philos. Kari Martinsen tar opp evidensbegrepet i artikkelene: *”Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie”* (Martinsen og Boge 2004) og *”Livsfilosofi og evidens i helsevesenet”* (Martinsen 2005). Her tas det til orde for at evidenshierarkiet ikke er uproblematisk, og at evidens ikke er et entydig begrep, men at det finnes forskjellige former for evidens som har sine muligheter og begrensninger.

Evidens vil si at det vi mener om en sak eller et problem, er til å stole på, og at vi kan vise det på en overbevisende måte gjennom ord (Martinsen 2005, Martinsen og Eriksson 2009). Samtidig må vi være oppmerksom på at det er mye som kan hevdes å være evident som vi ikke har ord for. Det vises her til fenomener som intuisjon, fornemmelse, inntrykk, der noe kan sies, men ikke alt, og til kunnskap som må vises og ikke bare berettes. Selv om all evidens skal etterprøves er det uakseptabelt å overføre samme evidenskrav fra en evidenstype til en annen. Alt kan ikke sies på samme måte. Å fortelle om noe en har sett, eller en erfaring som har gjort inntrykk på en, på en slik måte at det gjenkjennes som troverdig av lytteren eller leseren, krever noe helt annet enn å gjøre rede for statistiske sammenhenger om variasjoner i en populasjon, eller for å vise

virkingen av et eksperiment. Språket brukes forskjellig alt etter det vår problemstilling, det vi spør om eller vil undersøke, krever (Martinsen og Eriksson 2009: 18,19).

"Vårdandets evidens innebär således att synliggöra det vårdande som är sant, skönt, gott och evig" (Eriksson, Nordman och Myllymäki 1999).

"Vårdvetenskapen som människovetenskap behöver ett evidensbegrepp med förankring i den humanvetenskapliga traditionen eftersom den naturvetenskapligt orienterade evidensuppfattningen är för snäv" (Eriksson 2009: 35).

Dr.philos. Per Måseide har i sin forskningsartikkel *"The deep play of medicine: Discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving"*, om hva som legges til grunn for evidensbasert behandling i en lunge-avdeling ved et norsk universitetssykehus, funnet at det brukes forskjellige evidenskriterier i forskjellige situasjoner (Måseide 2006).

Bachelorutdanninga i sykepleie ved Høgskolen i Bodø er underlagt Profesjonshøgskolen, som gjennom Senter for praktisk kunnskap har praktisk kunnskap som sitt "varemerke". Det sykepleiefaglige verdigrunnlaget er nært knyttet til omsorgsfilosofi. Ut fra dette reiser jeg følgende spørsmål:

- Er NOKUTs føringer for evidensbasert sykepleieforskning og evidensbasert sykepleiepraksis uproblematisk i forhold til innhold og nivå av en ønsket sykepleiepraksis for å oppnå akkreditering?

I det følgende ønsker jeg å se dette spørsmålet i lys av de forannevnte artiklene til Kari Martinsen og Per

Måseide. Innledningsvis vil jeg gjøre en kort avklaring i forhold til mål og verdigrunn for Bachelorutdanningen i sykepleie ved Høgskolen i Bodø. Jeg gjør også en avklaring av hva evidensbasert sykepleie er og hvor det har sin opprinnelse.

Profesjonshøgskolen, sykepleie og helsefag

Bachelorgradstudiet i sykepleie ved Profesjonshøgskolen i Bodø – mål og verdigrunnlag

I *"Bachelorptogram i sykepleie"* er følgende målsetting formulert:

"Målet for bachelorstudiet i sykepleie er å utdanne kunnskapsrike, selvstendige og ansvarsbevisste sykepleiere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelsen av sykepleie. Pleie og omsorg, forebygging og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Studenten skal lære å gi sykepleie til den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk og ut fra kunnskaper om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og behandling. For å fremme helse og forebygge sykdom kreves kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom i et individ-, kultur- og samfunnsperspektiv.

Formålet med studiet er å utdanne sykepleiere som gir omsorg ut fra et menneskesyn basert på en holistisk tenkning, der pasienten skal være en likeverdig deltaker i utformingen av sykepleien. Det innebærer at pasienten er et medmenneske og en likeverdig samarbeidspartner når helsemessige problemer skal forebygges og løses. Studenten skal lære å forholde seg til hele mennesket med kropp, tanker, følelser, ånd, livssituasjon og kulturell bakgrunn,

samt vise respekt for menneskets integritet og ivareta pasientens rett til autonomi og medbestemmelse” (Studie-/fagplan for Bachelorutdanning i sykepleie 2006, Sykepleie og Helsefag, Høgskolen i Bodø;1).

Læringsmålene for praktiske studier, ut fra samme studieplan, er å utvikle handlingsberedskap og handlingskompetanse på forskjellige områder.

Ved Profesjonshøgskolen har Sykepleie og helsefag mastergradsprogram i klinisk sykepleie, og Senter for praktisk kunnskap har master- og doktorgradsprogram i praktisk kunnskap. Dette representerer en fagsøyle fra bachelorgrad til PhD ved Høgskolen i Bodø. NOKUT tilrår at fagprofilen praktisk kunnskap synliggjøres bedre i studieplanen for bachelorutdanningen, og på den måten skaper kontinuitet mellom de forskjellige nivå av sykepleiefaglig utdanning ved profesjonshøgskolen (NOKUTs rapport 2005).

Ut fra studie-/fagplanen for bachelorgradsprogrammet søker man å utdanne sykepleiere med et helhetsperspektiv på mennesket, der fokus for den faglige omsorgen er langt større enn det som angår diagnosen alene. Det skal også tas hensyn til pasientens erfaringer med det å være syk. Det innebærer at både medisinen stemmer, og stemmen som beskriver livsverden for hver enkelt pasient, slik de er beskrevet av Mishler (1984) og senere fremhevet av Toombs (1993), må bli hørt. Konkrete oppgaver og stell, som pasienten har behov for, og observasjoner som har betydning for avgjørelser av medisinsk og pleiemessig karakter veves inn i hverandre. En kompleks virkelighet, der sykepleieren må ta i bruk alle sine sanser, kunnskaper og erfaringer. For at dette igjen skal kunne tolkes slik at det danner grunnlag for faglig forsvarlige handlingsvalg må observasjoner og opplysninger settes inn i en kontekst. En kontekst som representerer

pasienters livsverden med det den innebærer av fellestrekk og ulikheter i forhold til andre med hensyn til kultur, selvilde, livssituasjon, sykdom, framtidsutsikter med mer. Denne konteksten blir igjen en del av en annen kontekst relatert til behandlingens verden, der medisinen stemmer ofte er sterkt dominerende, alt etter hvilket praksisfelt en forholder seg til. Denne konteksten er preget av faglig, vitenskapelig, økonomisk og organisasjonsmessig rasjonalitet, som setter rammer for den profesjonelle yrkesutøvelsen; et komplisert mønster av profesjoner med sine fagfelt, ulike mennesker med sine behov og holdninger, og sykdommer og problemer med sine fellestrekk og individuelle uttrykk. Sammenfattende vil en kunne si at den kompetanse man ønsker å utvikle hos sykepleiere for at de skal kunne gjøre gode faglige vurderinger, samt handle profesjonelt, er av relasjonell, kontekstuell og moralsk karakter. I tillegg må de være situasjonsorienterte, ha handlingskompetanse og ta høyde for kompleksiteten i praksisfeltet (Ekeli 2005).

Evidensbasert sykepleie

Røttene til evidensbasert sykepleie

Martinsen og Boge beskriver opphavet til den evidensbaserte medisin og sykepleie på denne måten:

”Evidensbasert sykepleie er avledet av evidensbasert medisin (EBM). Ifølge den britiske legen og evidensgründeren David Sackett har dagens evidensbaserte medisin sin begynnelse i Paris på første halvdel av 1800-tallet (...). Tre leger var med å forandre medisinen: Bichat kunne via obduksjon se synlige forandringer i organer og vev; bekreftelser på tilstedeværelse av sykdom. Magendie

kontrollerte og isolerte livsprosesser ut fra standardbetingelser i laboratoriet, og hevdet at vitenskapens mål er å erstatte fenomener med fakta, og inntrykk med kontrollerte erfaringer. Louis brukte kontrollgrupper og statistikk i medisinsk forskning. Deres arbeid skapte normen for vitenskapelighet innenfor medisinsk kultur. Det er en norm som bygger på klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analyser. Det som i dag kalles evidensbasert sykepleie bygger på samme kunnskaps-system” (Martinsen og Boge 2004).

Gjennom patologisk anatomi, eksperimentell fysiologi, kontrollerte kliniske forsøk og statistikk etableres de biomedisinske tolkningsregler: meningsskapte strukturer i medisinsk virkelighet, der forutsetninger ligger implisitt for å bedømme hva som er ”gyldig” kunnskap innenfor biomedisinsk kultur, og idealer for å frambringe ”sikker” kunnskap om sykdom og behandling. Selv om medisinen har gjennomgått en rivende utvikling er den tro mot vitenskapsidealene fra den gangen. Pålitelige sykdomstegn er de som er produsert i laboratoriene, eventuelt fastslått patologi i forbindelse med obduksjon. Dette har forrang fremfor de subjektive symptomer som pasientene forteller om, eller de funn som blir gjort ved legers og sykepleieres kliniske undersøkelser og observasjoner. ”Den gylne standard” i medisinsk forskning er det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket (Ekeli 2005;58).

”Det er når det levende, uberegnelige livet kontrolleres i laboratoriene eller ved hjelp av døden at man får fram den ”sikreste” kunnskapen om den syke kroppen” (Ekeli 2005;58).

Hva det er og hva det ikke er

Monica Wammen Nordtvedt og Tove Aminda Hanssen støtter seg til Sackett et al. når de hevder at følgende definisjon på

”evidence-based medicine” også brukes på ”evidence-based nursing”:

”The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research.” (Nortvedt og Hansen 2001; 2).

For å klargjøre hva evidensbasert sykepleie ikke er støtter de seg til Stetler et al. med følgende oversettelse:

”Evidensbasert sykepleie legger ikke vekt på ritualer, isolerte og usystematiske erfaringer, ubegrunnede meninger og tradisjoner som basis for sykepleiepraksis, men vektlegger i stedet bruk av resultat fra forskning og hensiktsmessige kvalitetsforbedringsdata, anbefalinger fra anerkjente eksperter og bekreftede erfaringer for å begrunne praksis.” (Nortvedt og Hansen 2001;2).

Forskningsresultatene det er snakk om å bygge sykepleiefaglig evidens på søkes samlet i databaser etter bestemte faglige og forskningsmessige kriterier. The Cochrane Collaboration er den opprinnelige og fortsatt den største produsenten av denne type kunnskap. Slik er kunnskapene tenkt tilgjengelige for de som ønsker å anvende dem og skal bidra til at helsefaglig praksis blir basert på den beste kunnskap som finnes på området (Nortvedt og Hansen 2, 2001; Ekeli 2005).

Sykepleieforskning får lav evidens

Et verdensomspennende nettverk av klinikere og forskere innenfor sitt fagfelt er tilknyttet de forskjellige Cochrane-sentre. Oppgaven deres er å gjennomgå den nyeste forskningen innen sine fagfelt. Slik siles forskningsresultatene gjennom

ekspertnettverkene for å sikre at det kun er resultater fra den beste forskningen som inngår i evidensbasene. Kunnskapen som formidles skal være "forskningsbasert", "oppdatert" og "gyldig". Gyldighet oppfylles ved å sikre at forskningsresultatene framkommer gjennom metoder som regnes som "robuste". Robustheten synliggjøres gjennom hierarkisering av metoder: Systematiske oversikter og meta-analyser over flere godt utførte og randomiserte studier rangeres høyest, mens for eksempel egen klinisk erfaring og meninger fra respekterte fagfolk basert på klinisk erfaring rangerer lavest på en skala fra 1 til 9. De store randomiserte forsøkene forventes å gi 100 prosent sikre resultater, mens casestudier havner på 0 prosent (Ekeli 2005;55,56). Bestemte former for målbar kunnskap blir altså belønnet med høyeste evidens. Bare en liten del av sykepleieforskningen i Cochrane og andre databaser blir vurdert som evidente på høyeste nivå. Dette kan være et uttrykk for at mange sykepleiefaglige problemstillinger vanskelig lar seg måle. De belyses best ved andre framgangsmåter (Martinsen og Boge 2004).

Evidensbasert sykepleie – begrensninger og muligheter, slik de er utdypet av Kari Martinsen

Kunnskapshierarkiets begrensning

I artikkelen "Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie" tar sykepleier og professor dr. philos. Kari Martinsen og doktorgradsstipendiat Jeanne Borge opp det kunnskapshierarki som rangerer den målbare kunnskapen høyere enn den humanistiske kunnskapen. Forfatterne hevder at det er ikke noe galt med evidensbasert forskning og kunnskap i seg selv, heller ikke med bruken av

forskningsresultatene, men det er viktig å være bevisst på de klare begrensninger som ligger i denne tilnærmingen. Kunnskap på høyt evidensnivå er forsket fram etter de kriterier som er skissert forut, oftest i forhold til biomedisinske problemstillinger, for eksempel effektmålinger av ulike behandlingsopplegg. Humanistisk kunnskap som ofte dreier seg om hvordan det er å leve med sykdom og lidelse, og hvilken hjelp som erfaringsmessig virker best i slike situasjoner, regnes som lite eller ikke evident i forhold til kunnskapshierarkiet. Det problematiske med dette hierarkiet er at kun et kunnskapsregime rangeres høyt uansett hvilken problemstilling man ønsker å belyse. Den konstruerte evidensbaserte kunnskapen kan i liten grad gi innsikt i livsfilosofiske spørsmål som handler om våre erfaringer i livet der det stilles eksistensielle spørsmål. Spørsmål om hva et godt liv er og hvordan det kan realiseres, hvordan livet lykkes eller ei, ut fra hvordan vi dannes sammen med andre. Det handler også om livsmot, livsglede, åpenhet og spontanitet, ofte konfrontert med motsetninger preget av nedtrykthet, tomhet, dødhet og innelukkethet. En arbeidsmåte for å få innsikt i livsfilosofiske spørsmål, om pasienters opplevelse av sykdom, lidelse og helsetilbud, er å ta i bruk fortellingen som metode for å framskaffe evident kunnskap på dette området. Evident i den forstand at en på denne måten får størst innsikt i slike spørsmål. (Martinsen og Boge 2004;1,2)

Evidens et flertydig begrepet

Kari Martinsen støtter seg til den finske sykepleieforskeren Katie Eriksson når hun hevder at evidensbegrepet ikke er et entydig begrep:

"Rent språklig betyr evidens å se og innse, ordet er beslektet med å vite, som igjen kan bety å se til, kjenne, erfare, og ut fra dette få en åpenbar visshet om noe. Semantisk har evidens en sterkere binding til

åpenbar, påtakelig, ubestridelig, tydelig, klar og også til bevis” (Martinsen 2005;52).

I en etymologisk undersøkelse av evidens vektlegges det å se. Det evidente av det å se er å synliggjøre noe som er hevet over tvil (Martinsen 2005, M. Berg et al. 2008:2). Ofte blir dette i forskningslitteraturen innsnevret til det å måle effekten av tiltak. Knyttes det evidente til det å se som å innse og se til, kjenne og erfare, kan begrepet tillegges en langt videre betydning enn kun å begrunne det som er målbart. Bruken av begrepet må stå i forhold til hva objektet eller fenomenet det skal redegjøres for krever. Dette er en grunnsetning i fenomenologi og filosofi, der evidens er et vanlig brukt ord og på ingen måte nytt. I fenomenologien opererer man med forskjellige typer evidens. Det skilles mellom apodiktisk (ubetvilelig), adekvat (uttømmende) og inadekvat (partiell) evidens. Videre er det uakseptabelt å overføre krav som stilles til evidens innenfor et område, til et annet område hvor de samme kravene ikke kan oppfylles (Martinsen 2005;52,53).

Overbevis, ikke overtale

Sykepleie er et praktisk omsorgsyrke. Ut fra Martinsens tolkning består omsorg av tre likestilte sider som alle må være til stede for at begrepet omsorg skal være til stede; en moralsk, en relasjonell og en praktisk side (Martinsen 1989). Hun bygger på et verdenssyn og et vitenskaps-syn som tar sterk avstand fra det ”positivistiske” synet, og bygger i stor grad sin teori på filosofer og forfattere som knytter seg til den fenomenologiske tradisjonen (Kirkevold 1992). Sykepleiepraksis vil ut fra dette innebære at pasienter i utgangspunktet blir betraktet som likeverdige medmennesker som er kommet i en situasjon der de har behov for sykepleiefaglig omsorg. For at denne omsorgen skal bli god må, i tillegg til en

god og likeverdig relasjon, sykepleieren kunne handle på en måte som er både faglig og moralsk forsvarlig. Det vil si at sykepleieren må forholde seg til hver enkelt pasient med de problemer, behov og reaksjoner den enkelte har, og situasjonen må preges av samhandling og forståelse. Dette innebærer at de evidente innsikter må kunne redegjøres overbevisende for.

Martinsen støtter seg til filosofen Hans Skjervheim når hun setter det å drøfte og overbevise opp mot det å overtale. De biomedisinske metoder er kriteriet for kunnskap med høy grad av evidens. Ut fra den type tenkning som er lagt til grunn for kunnskapshierarkiet blir dermed den beste og mest pålitelige kunnskap, og de beste behandlingsmetoder, forsket fram i positivismens ånd. De mest evidente behandlingsmetoder er i tillegg også ofte de mest effektive, ut fra et nytte-kostnadsprinsipp, i et moderne samfunn der formålsrasjonaliteten har fått en dominerende plass.

I og med at menneskers reaksjoner; sorg, smerte og lidelse vanskelig lar seg måle, kan slike behandlingstilbud kun bli et tilbud til den syke kroppen. Tilbud som pasienter som oftest riktig nok kan ta imot eller avslå, men hvordan skal den syke kunne avslå behandlingstilbud som, i følge ekspertisen, skal være det aller beste på området? De har jo søkt ekspertisen nettopp for å få hjelp, og det kan synes vanskelig og til dels meningsløst å forsøke seg på en drøfting i denne sammenheng. I tillegg er dette legitimt og oftest helt relevant behandling i forhold til diagnose. Situasjonen ligger således ikke til rette for den dialog mellom pasient og sykepleier eller lege som skal føre fram til forståelse og overbevisning. Vitenskapen kommer først, deretter kommer klinisk praksis. Martinsen siterer psykologen Tor-Johan Ekeland:

”Den evidensbaserte bølgen representerer derfor noe nytt, og det nye er ikke empirisk

forskning på praksis. Det nye er empirisk kontroll av praksis, en intensivt empirisme med prediktorforskning i framsetet” (Martinsen og Boge;4)

Vitenskapen skal konstruere og bestemme hvilken praksis som skal gjelde. Den instrumentelle fornuft blir retningsgivende for menneskelig samhandling, eller uttrykt på en litt annen måte: vitenskapelig-teknisk kunnskap blir brukt som modell for menneskelige handlinger av praktisk etisk karakter. Skjervheim kalte dette for ”et instrumentalistisk mistak” da han kritiserte det han kalte den pragmatiske fornuft. En forholder seg til lidelser og sykdom ut fra manualer og standardiserte prosedyrer. Subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir betraktet som underordnede kunnskapskilder (Martinsen og Boge 2004;4, Skjervheim 1976;260-271). Det åpner for at vi uttrykker oss mer overtalende enn overbevisende og en påvirker den andre ved at en forutsetter et subjekt-objekt forhold som åpner for manipulasjon (Martinsen 2005;55). Skjervheim sier det slik: *”Mistaket ligg i at ein absolutterer ei bestemt form for teori, men ei form for teori som innafor visse grenser har sin legitime rett”* (Skjervheim 1976; 269,270).

Å overbevise er å påvirke gjennom dialog der en prøver hverandres påstander ut fra at det beste argument og den beste begrunnelse skal telle, samtidig er en åpen for at en kan ta feil. For begge parter handler det om å la seg bli overbevise. Dette innebærer at pasient og behandler sammen engasjerer seg om hva som er pasientens beste. Hvilke mål som skal settes for behandling og pleie, og hvordan man i samarbeid kan nå målene. Dette skjer gjennom felles overveielser og saklige begrunnelser der det også er rom for det tekniske og målbare i situasjonen (Martinsen 2005;58). Den naturvitenskapelige del av mennesket, den fysiske kroppen, skal også ivaretas.

En praksis preget av dialog og samhandling er nødvendig for å at pasienter skal få en forsvarlig omsorg slik Martinsen definerer den; der den relasjonelle, den praktiske og den moralske siden ivaretas. Sykepleieforskning er også omsorgsforskning, og lar seg vanskelig gjennomføre etter de metoder som kreves for å nå opp i kunnskapshierarkiet. I så tilfelle vil det medføre en positivistisk holdning til praksis, og de menneskene man skal ha omsorg for vil kunne betraktes som objekter for diagnostisering, behandling og forskning, noe Kari Martinsen tar avstand fra. Kritikken av positivismen var også en kritikk av enhetsvitenskapen. Positivismekritikken har bidratt til å skape et vitenskapelig rom for humanistisk forskning med menneskelige aktører og samhandling som sitt materiale (Asdal 2004). Det gir muligheter for å utvikle evident kunnskap på andre måter enn ved hjelp av hypotetisk-deduktive metoder:

”På denne måten har positivismekritikken nettopp hatt en kritisk eller etisk funksjon. Mennesker kan ikke behandles som ting, som objekter blant objekter. Det dreier seg om medsubjekter og medhandlende aktører. Slik er positivismekritikk også vitenskapskritikk. Samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap oppstår i relasjon med ”den andre”. Det dreier seg ikke om et subjekt-objekt forhold, men om et subjekt-subjekt forhold (Asdal 2004;29)

Evidensbasert kunnskap og politisk styring

I løpet av kort tid har den forståelsen av evidens som EBM bygger på, hatt stor gjennomslagskraft i både det medisinske og sykepleiefaglige miljøet. Det er også blitt et internasjonalt satsningsområde. Begrepet synes å ha ”oppstått” i samfunn med forventninger om synlige og håndfaste resultater av forskning. Det blir også vist til at det er en kløft mellom forskning, teori

og klinisk praksis. Samtidig etterlyses det lønnsomhet, og dermed også større effektivitet, i forskning og praktisk profesjonelt arbeid. I forhold til denne diskusjonen blir evidensbegrepet noe alle snakker om, uten at det blir problematisert at evidens bør frambringes på forskjellige måter, alt etter hvilken problemstilling som ønskes belyst. Det skapes en forståelse av at evidens er likelydende med den forståelse en har av begrepet innenfor EBM. Dette er ikke uproblematisk, da det åpner for allianse mellom samfunn og profesjoner (Martinsen 2005).

Martinsen refererer til den franske filosofen Michel Foucaults analyser av medisin og helsevesen, når hun viser til at medisinsk forskning og de samfunnsskapte sammenhenger den går inn i, aldri kan være politisk uskyldige. At nettopp alliansen samfunn – forskning, myndigheter – leger, har medført at medisinsk forskning har hatt suksess (Martinsen og Boge 2004;3). Slike allianser muliggjør politisk styring av forskning. Bevilgende forskningsmyndigheter kan prioritere bestemte former for forskning, i pakt med evidensbasert forskning og evidensbasert praksis sin rangering:

”For å få forskningsmidler, og publisering i velrenommerte tidsskrift, kan forskere styres til å velge tema som kan utforskes med metoder som gir høy evidensrangering. Følgene kan bli at store fagfelt i sykepleie, medisin og andre helsefag, som i liten grad egner seg for slik utforskning, ikke blir gjenstand for forskning, eller at man utforsker dem ved hjelp av uegnede metoder” (Martinsen og Boge 2004;3).

Innenfor medisinsk forskning i dag presenteres en rekke resultater på det som betraktes som høyt evidensnivå. Dette er resultater fra randomiserte, klinisk kontrollerte studier. Sykepleieforskningen prøver, i denne sammenheng, å nå så høyt evidensnivå som mulig. Enkelte kritikere

hevder at randomisert kontroll settes som gullstandard. Anvendelse av denne type forskning har dokumentert sin nytte samfunnsøkonomisk ved at de institusjonene som har klar institusjonsgevinst av dette, synes å bli modell for samfunnet i sin helhet. En resultatorientert pleie basert på slike forskningsresultater kan lett bli betraktet som lønnsom i forhold til trange budsjetttrammer og høye effektivitetskrav. Den syke må produsere objektive sykdomstegn som kan avleses teknisk/laboratoriemessig for å legitimere sin plass i de hektiske sykehusavdelinger. På den måten kan kravene imøtekommes til lønnsomme diagnoser (Martinsen 2005).

Evidensbasert sykepleiepraksis, på hvilke premisser?

Når NOKUT stiller krav om at sykepleiere skal medvirke til at pasienter får en evidensbasert pleie, uten å definere dette nærmere, undrer man i utgangspunktet om de har reflektert over framskaffelsen av denne kunnskapen og anvendelsen av den. For det er en avstand mellom den objektive standardkunnskapen, som det er ført matematiske sannhetsbevis for, men som allikevel er lite egnet til å gi økt forståelse for menneskelige lidelser og trette kropp, på den ene siden, og den virkelighet pasienter og sykepleiere befinner seg i, der de møtes sansende og sårbart nært på en andre siden. Mellom denne type evidensbasert kunnskap og en sykepleiepraksis som krever klinisk erfaring og faglig skjønn for å gjøre et forsvarlig og profesjonelt handlingsvalg. Vi er da tilbake til det vi har vært inne på tidligere; den instrumentelle fornuft blir retningsgivende for menneskelig samhandling. Martinsen sier det slik:

”Det ligger en overtalende maktfull tone i parolen: Forskning skal anvendes. Det blir kontroll av praksis. Eller sagt noe annerledes, de som forsker innenfor den

evidensbaserte medisin i allianse med myndighetene, legger premisser for at deres virksomhet skal lykkes på flere plan: Produktivitet og økonomi – kostnads-kontroll blir begrunnelse for virksomheten, standardiserte prosedyrer og målbar kunnskap er hurtig, bygninger og inventar har en overtalelse i seg til hurtighet” (Martinsen 2005;94).

Det sykepleiefaglige praksisfelt, med sine fysiske strukturer – ganger, rom, inventar, teknisk utstyr, effektivitetskrav og pasienter, blir mer og mer tilpasset denne type kunnskap og vil på denne måte medvirke til å skape mening i å støtte seg til den evidensbaserte forskningslitteratur. Sett i denne sammenheng er det heller ikke underlig:

”For forskningen innenfor den evidensbaserte medisin tar utgangspunkt i tallenes beskrivelse av gjennomsnittsmennesket, der det ikke er rom for individualitet og forskjellighet. De som ikke faller innenfor, faller utenfor. Det er en maktfull disiplinering bare å ta hensyn til gjennomsnittsmennesket” (Martinsen 2005;94).

Fortellingens vei til evidens

Det levende livet, slik en møter det i sykepleien, stiller andre krav til evidens enn det som framkommer gjennom hypotesetestinger og effektmålinger:

”Skjønn og fortellinger kan her vise til andre kunnskapsformer som er opplysende, noen ganger med standarder og klassifiseringer som hjelpekunnskaper, andre ganger ikke. Mellommenneskelige forhold er vekslende og varierte. En kan ikke nå sammen grad av presisjon der som for eksempel i klinisk kontrollerte forsøk eller statistiske analyser. (...) I de to tilfellene betyr ikke presisering det samme (Martinsen 2005;96,97).

I motsetning til i den evidensbaserte kunnskapen, er det i de mellom-menneskelige forhold nyanser og detaljrikdom som gir presisering. Fortellinger, og analyse av fortellinger, er en måte å få fram disse presiseringer på. Gjennom fortellinger kan pasienter få fram sin opplevelse av sykdom, lidelse og hjelpeløshet. Fortellingen er det nærmeste en kan komme et annet menneskes opplevelse. Selv om erfaringer ikke kan overføres direkte fra en person til en annen, kan innholdet i erfaringen via fortelling til en viss grad overføres. Erfaring som levd erfaring forblir privat, mens erfaringens betydning og meningsinnhold kan deles med andre. At individet selv får fortelle om sine erfaringer er det nærmeste en kan komme den enkeltes levde erfaring (Mishler 1986). Pasienters fortellinger gir derfor sykepleiere mulighet til å forstå pasientenes opplevelser og erfaringer. Slik som studie-/fagplanen for Bachelorgrad i sykepleie har i sin målsetting: *”Studenten skal lære å gi sykepleie til den syke ut fra hvordan det erfares å være syk...”* (Studie-/fagplan for Bachelorgrad i sykepleie 2006). Pasienter får da mulighet til med sine egne ord å gjøre andre delaktig i sin livsverden og gjennom språkets spontanitet danne presiseringer gjennom detaljer og nyanser. Slik skapes en annen type innsikt enn den som framkommer gjennom den evidensbaserte forskningens strenge språkformer som setter språket fast i kategorier:

”Det innfallsrike språket, derimot, som er skjønnets og fortellingens språk, er omveiens vei til evidens. Disse språk-formene går omveien om et reflektert forhold til seg selv og til det kulturelt formidlede (Martinsen 2005;99).

Evidens i medisinsk problemløsningsprosess, ut fra Per Måseides forskningsartikkel

Per Måseides forskningsartikkel "*The deep play of medicine: Diskursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving*" handler om produksjon og bruk av medisinsk kunnskap. Undersøkelsen er gjort i en lungeavdeling ved et norsk universitets-sykehus. Hensikten med undersøkelsen er ikke å kritisere evidensbasert medisin og standardiserte medisinske beslutninger, men blant annet å beskrive etablering og bruk av evidens i praktisk medisin (Måseide 2006;43). Han viser her til at selv om EBM skal føre an i den medisinske problemløsningsprosessen krever prosessen forskjellige former for evidens: for det første den vitenskaps-baserte evidens av EBM; den andre, evidens fra personlig medisinsk erfaring; den tredje, evidens i form av medisinske representasjoner, for eksempel røntgenbilder; og til slutt evidens konstruert i fellesskap i kliniske møter og konferanser. Den siste kan kalles "praktisk evidens" og er integrert i andre og tredje form for evidens. Praktisk medisinsk evidens er produsert, utviklet og nyttiggjort lokalt i den medisinske praksis, den fletter sammen medisinske og moralske strukturer, og har en direkte påvirkning på praktisk medisinsk problemløsning. Dette innebærer forskjellige beskrivelser og anskueliggjøringer, av biologiske eller patologiske tilstander i pasienters kropp, og refererer, av og til, også til psykologiske eller moralske anliggender. Dette praksisfeltet var antatt å produsere evidensbaserte medisinske tjenester i forskjellige former, hvilket de sikkert også gjorde, men på tross av internasjonale, retningsgivende metoder, er det stor variasjon i hvilke typer behandling som benyttes ved lungekreft (Måseide 2006;44).

Praktisk bruk av evidens

Evaluerings av effekten den aktuelle behandling har krever empirisk evidens. Det kan for eksempel være sammenligning av prøver og undersøkelser før og etter behandling. På den aktuelle lunge-avdelingen søker man oftest evidens ved å sammenligne røntgenbilder tatt før og etter behandlingen. En synlig forskjell betraktes som et klart bevis på bedring og at behandlingen har en signifikant effekt. Er det uenighet i teamet om hvor vidt for eksempel røntgenbildene viser synlig forbedring blir dette diskutert, og overlegen tar den endelige beslutning om hvorvidt behandlingen skal fortsette. I denne avgjørelsen tas også pasientens form og motivasjon i betraktning. Evidens produseres altså ut fra visuell sikkerhet, men også vel så mye ut fra en samlet vurdering, ut fra diskusjon og moralske betraktninger. Pasientens moralske karakter bringes inn i vurderingen, for eksempel om han er en robust person som ønsker å kjempe (Måseide 2006;45,46).

Forskjellige stemmer

Måseide refererer til flere når han hevder at medisinen har ulike stemmer som realiserer institusjoner, profesjoner, representasjoner osv. Deriblant Mishler (1984) som skriver om "*the voice of the medicine and the voice of the life world*". Stemmen fra medisinsk praksis kan representere institusjonens stemme, medisinenes stemme, praktikerens og representasjonens stemme, og pasientens stemme. I tillegg av og til det Mishler (1984) kaller stemmer fra livsverdenen, som sier noe om hvordan pasienten har det med sin lidelse i sin hverdag. Stemmen kan svitsje mellom for eksempel det medisinske og det moralske, i kollaborativt medisinsk arbeid. Medisinske beslutningsprosesser foregår på mange plasser både i og utenfor sykehus. De beveger seg i tid og rom og kan ta år. Når alle prøver og undersøkelser er gjort blir pasienten sendt

heim, dersom han ikke er for dårlig, og den egentlige prosessen begynner. En har samlet evidens i form av data, disse skal samles til en entydig mening, for så å beslutte hva som er den mest adekvate form for behandling. Problemløsning er en kognitiv aktivitet, og sykehus og sykehusavdelinger er sosialt distribuerte kognitive system. I utredningsfasen er pasientens stemme i stor grad fraværende, men det forekommer at pasientens stemme gjør seg gjeldende gjennom legen. Dette kan medføre at pasientens stemme og legens stemme blir ett. Eller at man ikke alltid stoler på pasientens stemme og det hender den blir fortalt som noe mindreverdige. Noe som ikke er pålitelig (Måseide 2006).

Hvordan er den visuelle evidens skapt?

Den visuelle evidens kan transformeres til noe annet og beskrives på nytt ut fra faglig autoritet, og kravene til evidens er veldig enkle i forhold til den virkelighet de skal beskrive. Der foregår utstrakt bruk av upersonlige pronomen. Det er "en" og "man" som brukes. Evidensen er situasjonsskapt. Den blir til gjennom snakk og samtale når en prøver å løse problemer. Fakta eller evidens forandres ut fra hvilke personer som deltar og hvilken situasjon de befinner seg i, i takt med den collaborative prosess og de stadige transformasjoner av rammer og perspektiver, og med den praktiske forståelse av det aktuelle problem. I denne prosessen er evidens essensiell, men meningen og bruken av den er ofte fundamentert i moral og situasjonsbetingede betraktninger, heller enn i skrifter basert på generelle, vitenskapelige evidensbaserte retningslinjer, eller veiledende administrative prinsipper. Den ser ut til å være mer forankret i moralen enn i faktum (Måseide 2006;48-54).

Avsluttende kommentarer

Jeg har prøvd å definere sentrale begreper og påstander som er relevant for problemstillingen:

- Er NOKUTs føringer for evidensbasert sykepleieforskning og evidensbasert sykepleiepraksis uproblematisk i forhold til innhold og nivå av en ønsket sykepleiepraksis for å oppnå akkreditering?

Jeg har også prøvd å redegjøre for hvordan kritiske røster, representert ved Kari Martinsen, Jeanne Boge og Per Måseide ser på evidensbasert medisin og evidensbasert sykepleie. Martinsen etterlyser at det skapes og anerkjennes andre former for evidens til bruk i sykepleiefaglig praksis enn den som er fundamentert på naturvitenskapelig tenkning og hypotetisk deduktiv metode. Hun etterlyser også pasientdeltakelse i de prosesser som skal skape evidens. Måseide hevder at evidens i medisinsk praksis forstås ut fra data og moralske vurderinger. Eksempelvis den radiologiske form for evidens baserer seg ikke bare på det man ser på bildene, men også på snakk og diskusjon i forsamlingen av medisinske praktikere om hva dette er for noe og hva det betyr. Det er ikke slik at evidens blir brukt til å løse et medisinsk problem. Evidens blir transformert til å løse et moralsk problem, nemlig hva som underbygger at pasienten skal få fortsatt behandling. Der skapes det evidens for den løsningen man ønsker og det skjer gjennom diskurs (Måseide 2006). Dog en diskurs så å si uten pasientdeltakelse. Medisinsk praksis på høyt nivå benytter altså diskurs og skjønn for å frambringe den evidens man ønsker. Dette er lite i tråd med definisjoner på evidens; hva det er og hva det ikke er, som Wammen og Hansen støtter seg til, og som er nevnt tidlig i essayet. Evidens ut fra formelle

krav oppfylles ofte ikke når det skapes evidens. Man frambringer den evidens som er hensiktsmessig (Måseide 2006;53). Dette understøtter det som Martinsen hevder, at det finnes flere former for evidens, og en kritisk vurdering av problemstillingen avgjør hvilken metode som bør benyttes for å skape den ønskede evidens. Dette skjer gjennom, som tidligere nevnt, felles overveielser og saklige begrunnelser, der det også er rom for det tekniske og målbare i situasjonen (Martinsen 2005;58).

Naturvitenskapelig forskning på høyt evidensnivå er ikke uproblematisk i sykepleiefaget. For eksempel kan menneskers lidelse, sorg og angst vanskelig tallfestes og føres matematiske sannhetsbevis for. Det levende livet, slik som sykepleiere møter det, stiller andre evidenskrav enn det som fremkommer gjennom hypotesetesting og effekt-målinger. Faglig skjønn og pasienters fortellinger kan frambringe opplysninger som ved hjelp av fortolkning blir omveiens vei til evidens, hevder Martinsen. Det er mulig å bruke standarder og klassifiseringer som hjelpekunnskaper om nødvendig. Det kan se ut som om medisinsk praksis i denne sammenheng, til en viss grad også støtter seg til andre evidenskriterier enn den strengt naturvitenskapelige standard (Måseide 2006).

Hva vil NOKUT med sine skarpe føringer for evidensbasert sykepleie når de ikke utdyper dette. Er det den evidensbaserte praksis, og dermed også undervisning, som er i tråd med evidenshierarkiet og dermed utelukker store deler av den profesjonelle pasientomsorgen som ønskes vektlagt? I så fall vil det medføre også en pedagogisk praksis som til en viss grad blir bundet av den evidensbaserte profesjonelle kunnskapen, som på samme måte som i sykepleiepraksis får karakter av det Skjervheim kaller instrumentalistisk mistak (Skjervheim 1976;260-271). Det vil også

bryte med det filosofiske fundament som utdanningene i sykepleie ved profesjonshøgskolen er basert på, som tilsier at vi skal være kritiske til det kunnskaps- og forskningsbaserte grunnlaget man bruker, og dermed å bryte med den kontinuitet som NOKUT selv etterlyser på de forskjellige nivåer i denne sammenheng. Er det NOKUTs ønske å føre oss tilbake til den positivistiske tenkemåte og praksis som preget sykepleier utdanninga for flere tiår tilbake, og som vi enda sloss med restene av, eller er det en utfordring til bachelorgrad-utdanningen i sykepleie om å ta debatten og gjøre bevisste valg?

Litteratur

- Asdal, K. (2004). "Positivismekritikk kontra post-konstruktivisme Hans Skjervheim kontra Bruno Latour". I *Sosiologi i dag*, årgang 34, nr.2/2004 27-45
- Berg, M., Bondas, T., Støre Brinchmann, B., Lundgren, I., Asta Olavsdottir, O., Vehviläinen-Julkunen, K. and H. Elisabeth O. C. (2008). "Evidence-based care and childbearing-a critical approach" *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 16. september
- Ekeli, B. V. (2005). "Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens" I Foss, C. og Ellefsen, B. *Helsetjenesteforskning perspektiver, metoder og muligheter*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson, K. (2009). "Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga" I Martinsen, K. og Eriksson, K. *Å se og å innse* Oslo: Akribes
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, Sykepleie, Medisin*. Oslo: Tano

- Martinsen, K. og Boge, J. (2004).
"Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie" *Sykepleien* nr. 13
- Martinsen, K. (2005). "Livsfilosofi og evidens i helsevesenet" I Martinsen, K. *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen*. Oslo: Akribes
- Martinsen, K. (2009). "Evidens – begrensende eller opplysende" I Martinsen, K. og Eriksson, K. *Å se og å innse* Oslo: Akribes
- Martinsen, K. og Eriksson, K. (2009) "Å se og å innse" I Martinsen, K. og Eriksson, K. *Å se og å innse* Oslo: Akribes
- Mishler E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex
- Mishler E.G. (1986). "Research Interviewing. Context and Narrative". I *Language, Meaning, and Narrative Analysis*. Harvard College, USA.
- Måseide, Per (2006). "The deep play of medicine: Diskursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving". *Communication & Medicine* 3(1) pp. 43-54
- Nortvedt, M. W. og Hanssen, T. A. (2001). "Evidensbasert sykepleie" *Sykepleien* nr. 16.
- Skjervheim, H. (1976): *Deltakarer og tilskodarar og andre essays*. s.51-73. Oslo: Tanum-Norli
- Tombs, K. (1993): "The Meaning of Illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient". *Philosophy and Medicine* 42: 103-5. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London.